

ASSURANCE DE PRET PREVOIR

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

Adhérent

Le membre de l'Association qui adhère à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR.

Assuré

L'Adhérent.

Association

L'association pour la gestion, l'organisation et la recherche de régimes d'assurances « AGORA » qui souscrit à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR pour le compte de ses membres.

Assureurs

Les sociétés du Groupe Prévoir, Prévoir-Vie et Prévoir-Risques Divers.

Prévoir Santé Gestion

Centre de gestion auquel doivent être adressés tous les documents, correspondances, avis, déclarations, notifications relatifs à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR. Ce centre encaisse les cotisations et paie les prestations garanties.

Conditions Générales

Le présent document, qui rassemble les dispositions générales de la convention.

Certificat d'adhésion

L'imprimé, joint aux conditions générales, personnalisé par le nom de l'Adhérent, le montant des garanties et des cotisations.

Date d'effet

La date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent, survenue pendant la durée de l'adhésion et provenant d'une action soudaine d'une cause extérieure.

Les empoisonnements, congestions, congélations, insolation, les suites d'effort et de surmenage, les algies de la colonne vertébrale d'origine osseuse, musculaire ou nerveuse, les sciatalgies, les hernies de toute nature, les ruptures d'anévrisme, les attaques cardiaques ou cérébrales ainsi que les opérations chirurgicales non nécessitées par un Accident garanti, ne sont pas des Accidents.

Maladie

Toute altération de la santé, autre qu'un Accident, non provoquée par l'Adhérent lui-même et constatée par une autorité médicale compétente.

Maladies Neuropsychologiques

Les Maladies en liaison avec la physiologie et la pathologie du système nerveux. Ces maladies regroupent les affections mentales, les maladies psychotiques et les dépressions.

Franchise

Période d'Incapacité Totale Temporaire de Travail pendant laquelle la prestation n'est pas due.

Capital restant dû

Fraction du capital emprunté tel que mentionné au tableau d'amortissement qui n'a pas été remboursée à l'organisme prêteur. Il ne comprend aucun intérêt.

PREAMBULE

ASSURANCE DE PRET PREVOIR est une convention d'assurance collective à adhésion facultative, souscrite par l'Association pour la Gestion, l'Organisation et la Recherche de régimes d'Assurances AGORA, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est sis, 95 rue Taitbout, 75009 PARIS,

dénommée dans ce qui suit « l'Association »,

auprès de PREVOIR-VIE et PREVOIR-RISQUES DIVERS, entreprises régies par le Code des Assurances, 19 rue d'Aumale, 75306 PARIS Cedex 09,

dénommées ci-après « les Assureurs »,

qui en délèguent la gestion administrative à la société « PREVOIR SANTE GESTION », Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON CEDEX 03,

La convention collective ASSURANCE DE PRET PREVOIR est régie par le Code des assurances.

Objet de la Convention

ASSURANCE DE PRET PREVOIR a pour objet d'accorder aux membres de l'Association qui y adhèrent :

- le versement d'un capital à l'organisme prêteur en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
en option :
- le versement d'un capital à l'organisme prêteur en cas d'Invalidité Totale et Définitive,
- ou, le versement d'un capital à l'organisme prêteur en cas d'Invalidité Totale et Définitive et le versement des mensualités venant à échéance pendant l'arrêt de travail en cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail supérieure à 90 jours.

La société PREVOIR-VIE garantit les risques de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

La société PREVOIR-RISQUES DIVERS garantit les risques d'Invalidité Totale et Définitive et d'Incapacité Totale Temporaire de Travail.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion de la convention. Elle s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement.

Dispositions propres aux relations entre l'Association et les Assureurs :

La convention prend effet le 1^{er} juin 2010 pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2010. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signataires notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

Une modification de la convention peut être demandée par l'Association ou les Assureurs.

L'assemblée générale de l'association a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants à ladite convention.

L'assemblée générale peut toutefois déléguer au conseil de l'administration de l'association, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée ne pouvant excéder 18 mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit ; dans ce cas, le conseil d'administration en fait rapport à la plus proche assemblée. Les adhérents sont informés par écrit de contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation de la convention trois mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation de la convention est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations assurées, acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

Autorité de contrôle

ASSURANCE DE PRET PREVOIR relève des branches 2 et 20 de l'article R321-1 du Code des assurances.

L'organisme chargé du contrôle des Assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Régime fiscal

Cette convention est régie par le Code des assurances et elle est soumise à la législation fiscale française.

Toutes taxes ou impôts relatifs aux cotisations ou aux sommes versées par les Assureurs au titre de cette convention, sont respectivement à la charge du payeur de cotisations ou des bénéficiaires de ces sommes, sauf dispositions légales contraires.

FORMALITES D'ADHESION

Pour être admissible à l'assurance, tout candidat doit :

- être âgé de 18 ans au moins et 64 ans au plus ;
- résider en France continentale ;
- avoir contracté un prêt immobilier ou professionnel (ou être caution solidaire) auprès d'un organisme de crédit. Ce prêt doit appartenir à l'une des catégories suivantes : crédit amortissable avec ou sans différé de remboursement, crédit non amortissable. **Les crédits non amortissables et les crédits amortissables avec différé de remboursement de plus de 24 mois ne peuvent être couverts par les garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail et Invalidité Totale et Définitive.**
- exercer une activité professionnelle sans réduction ou limitation pour raisons de santé, pour les garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail et Invalidité Totale et Définitive ;
- avoir complété une demande d'adhésion à la convention d'assurance en précisant les garanties choisies ;
- avoir satisfait aux formalités médicales. A cet effet, le candidat doit remplir un formulaire médical et sur demande des Assureurs se soumettre à des examens médicaux et fournir les informations médicales et financières nécessaires.

PREVOIR SANTE GESTION demandera communication du tableau d'amortissement de tout prêt à garantir.

GARANTIES

Garantie obligatoire : Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Garanties optionnelles :

- Invalidité Totale et Définitive.
- ou Incapacité Totale Temporaire de Travail/Invalidité Totale et Définitive.

Une garantie optionnelle ne peut être souscrite en cours d'adhésion.

Garantie Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Décès

Que faut-il faire en cas de décès de l'Adhérent ?

- Les pièces à remettre à PREVOIR SANTE GESTION sont :
- l'original du Certificat d'adhésion,
- un acte de décès,
- une copie du livret de famille,
- un certificat médical, adressé sous pli fermé au médecin conseil des Assureurs constatant la durée et le genre de la maladie ou la nature de l'Accident auquel a succombé l'Adhérent,
- le procès verbal de police en cas de décès accidentel,
- le tableau d'amortissement au jour du décès établi par l'organisme de crédit,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par les Assureurs.

Quelle est la garantie en cas de décès de l'Adhérent ?

En cas de décès de l'Adhérent par suite d'une Maladie ou d'un Accident, le Capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement et dans la limite du montant garanti, est versé à l'organisme prêteur.

Il peut être versé à un autre bénéficiaire désigné par l'Adhérent sous réserve de l'accord écrit de l'organisme prêteur.

Le versement de ce capital met fin à l'adhésion.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Qu'est-ce qu'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ?

L'Adhérent est considéré en état de PTIA si, par suite d'une Maladie ou d'un Accident, il se retrouve, **après consolidation**, dans l'impossibilité permanente et totale de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance continue et viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. **L'état de PTIA sera déterminé par les médecins des Assureurs après expertise médicale.**

La consolidation est la date à laquelle une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est plus susceptible d'évoluer et peut donc être considérée comme étant définitivement fixée.

La reconnaissance par les Assureurs de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est indépendante des décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme en la matière.

Que faut-il faire en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ?

Les pièces à remettre à PREVOIR SANTE GESTION sont :

- un rapport médical circonstancié indiquant la date et la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant entraîné la PTIA et précisant sa date de consolidation,
- le tableau d'amortissement au jour de la PTIA établi par l'organisme de crédit,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par les Assureurs.

Quelle est la garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent ?

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Capital restant dû à la date de consolidation, tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement et dans la limite du montant garanti, est versé à l'organisme prêteur.

Il peut être versé à l'Adhérent lui-même ou à tout autre Bénéficiaire désigné par l'Adhérent sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur.

Le capital est dû dès lors que la Consolidation de la PTIA intervient avant les 65 ans de l'Adhérent.

Le versement de ce capital met fin à l'adhésion.

Garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail et Invalidité Totale et Définitive

Pour bénéficier des prestations, l'Adhérent devra justifier d'une activité professionnelle (salariée ou non) à la date de l'incapacité et de l'arrêt complet de cette activité suite à un Accident ou une Maladie.

Incapacité Totale Temporaire de Travail (ITTT)

Qu'est-ce qu'une Incapacité Totale Temporaire de Travail ?

L'ITTT est celle qui, par suite d'un Accident ou de Maladie, constatée médicalement, met l'adhérent dans l'impossibilité absolue de se livrer à une quelconque activité lui procurant gain ou profit.

La reconnaissance par les Assureurs de l'état d'Incapacité Totale Temporaire de Travail est totalement indépendante des décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme en la matière.

Que faut-il faire en cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail ?

La déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée :

- d'un certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité de travail, la date de début et la durée probable de cet état,
- du procès verbal de gendarmerie en cas d'accident,
- du tableau d'amortissement au jour de l'ITTT établi par l'organisme de crédit,
- du bordereau de versement des prestations en espèces du Régime Obligatoire dont dépend l'Adhérent,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par les Assureurs.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure :

- **si la déclaration est faite plus de 60 jours après l'expiration du délai de franchise, la période indemnisable débute au jour de la réception de la déclaration.**
- **si la déclaration est faite plus de 6 mois après la date de survenance de l'incapacité, les Assureurs ne versent aucune prestation au titre de la garantie Incapacité Totale Temporaire de Travail.**

Quelle est la garantie en cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail de l'adhérent ?

En cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail, les Assureurs prennent en charge le paiement des échéances dues par l'Adhérent, telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite du montant garanti. Cette prise en charge intervient dès le lendemain de l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours, au prorata de la durée de l'incapacité, et au plus tard jusqu'au 1^{er} des événements suivants :

- fin d'Incapacité Totale Temporaire de Travail,
- 365^{ème} jour d'incapacité pour les cas particuliers des algies de la colonne vertébrale d'origine osseuse, musculaire ou nerveuse, des sciatalgies, des hernies discales ou des maladies neuropsychologiques,
- 1095^{ème} jour d'incapacité pour les autres origines,
- 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,

- reprise par l'Adhérent de son activité professionnelle, salariée ou non, totale ou partielle (sauf en cas de mi-temps thérapeutique dans le cadre duquel la prestation est plafonnée à 50% des mensualités garanties),
- mise en retraite ou en préretraite de l'Adhérent,
- Invalidité Totale et Définitive, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, décès,
- résiliation de l'adhésion (cf. paragraphe « Résiliation de l'adhésion »).

Aucune modification du tableau d'amortissement du prêt pendant une période d'ITTT ne peut être prise en compte.

Rechute

En cas de nouvelle Incapacité Totale Temporaire de Travail, due à la même cause, survenant dans les 60 jours de la reprise d'activité, la franchise n'est pas appliquée et la durée de prise en charge tient compte du cumul des remboursements déjà effectués.

Prolongation

Si l'Adhérent ne peut reprendre son activité à la date prévue par le médecin, il transmet au médecin conseil des Assureurs un certificat médical de prolongation d'incapacité ainsi que les justificatifs cités dans le paragraphe ci-dessus « Que faut-il faire en cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail ? ».

A défaut, les Assureurs considèrent la guérison comme acquise à la date initialement prévue.

Invalidité Totale et Définitive (ITD)

Qu'est-ce qu'une Invalidité Totale et Définitive ?

L'Adhérent est considéré en état d'ITD si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie survenu pendant la période de garantie, il est atteint, **après consolidation**, d'une invalidité fonctionnelle (physique ou mentale) dont le taux est égal ou supérieur à 66% et qui le met définitivement dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle quelconque.

La consolidation est la date à laquelle une Invalidité Totale et Définitive n'est plus susceptible d'évoluer et peut donc être considérée comme étant définitivement fixée. C'est à cette date que le taux d'invalidité est fixé par le médecin conseil des Assureurs. Ce taux est établi, hors de toute considération professionnelle, d'après le barème du Concours Médical en vigueur au moment du sinistre. Les types d'invalidité ne figurant pas au barème sont évalués par analogie avec ceux qui sont énumérés.

La reconnaissance par les Assureurs de l'état d'Invalidité Totale et Définitive est totalement indépendante des décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme en la matière.

Que faut-il faire en cas d'Invalidité Totale et Définitive ?

La déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical détaillé indiquant la date et la nature de l'Accident ou de la Maladie ayant entraîné l'invalidité, ainsi que le taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle à la date de consolidation,
- du procès verbal de gendarmerie en cas d'accident,
- du tableau d'amortissement au jour de l'ITD établi par l'organisme de crédit,
- du bordereau de versement des prestations en espèces du Régime Obligatoire dont dépend l'Adhérent,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par les Assureurs.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure :

si la déclaration est faite plus de 6 mois après la date de survenance de l'invalidité, les Assureurs ne versent aucune prestation au titre de la garantie Invalidité Totale et Définitive.

Quelle est la garantie en cas d'Invalidité Totale et Définitive de l'adhérent ?

En cas d'Invalidité Totale et Définitive, le Capital restant dû à la date de consolidation, tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement et dans la limite du montant garanti, est versé à l'organisme prêteur.

Il peut être versé à l'Adhérent lui-même ou à tout autre Bénéficiaire désigné par l'Adhérent sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur.

Le capital est dû dès lors que la Consolidation de l'ITD intervient avant les 65 ans de l'Adhérent.

Le versement de ce capital met fin à l'adhésion.

Co-emprunteurs

En présence de co-emprunteurs, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt (tant en décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qu'en Invalidité Totale et Définitive ou Incapacité Temporaire Totale de Travail) ne peut excéder le montant des sommes dues à l'organisme prêteur.

COTISATIONS

Modalités de calcul des cotisations

Le montant de la cotisation à l'adhésion est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent, de son état de santé, du montant du capital garanti, des garanties souscrites et pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Totale et Définitive de la classe professionnelle.

Elle évolue ensuite chaque année au 1^{er} janvier, en fonction du tarif en vigueur, de l'âge de l'Adhérent calculé par différence de millésimes et du montant du Capital restant dû à cette date.

Tarifs différenciés fumeurs/non-fumeurs

Une tarification différente est appliquée pour les Adhérents fumeurs et les Adhérents non-fumeurs.

Sont considérés comme non-fumeurs, les Adhérents n'ayant pas du tout fumé durant les 24 mois précédant la date de la demande d'adhésion et n'ayant pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Les Assureurs se réservent le droit de vérifier à tout moment la qualité « non-fumeur » de l'Adhérent.

Si un Adhérent fumeur a cessé de fumer depuis deux ans au moins et ceci sans demande expresse du corps médical, il peut bénéficier du tarif non-fumeur en vigueur à compter du 1^{er} janvier qui suit sa demande, sous réserve d'en rapporter la preuve à l'aide d'un test de cotinine urinaire.

Si un Adhérent non-fumeur se met ou se remet à fumer, même occasionnellement, il doit impérativement en aviser PREVOIR SANTE GESTION qui appliquera alors le tarif fumeur à compter du 1^{er} janvier qui suit sa déclaration. En cas de non-déclaration, l'Adhérent s'expose aux sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 (cf. paragraphe « Fausse déclaration »).

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance aux Assureurs dans les conditions prévues par le code des assurances, exclusivement par prélèvement automatique.

La périodicité de paiement peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, PREVOIR SANTE GESTION adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, PREVOIR SANTE GESTION résiliera de plein droit l'adhésion. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues conformément au code des assurances.

PREVOIR SANTE GESTION informera parallèlement l'organisme prêteur du non-paiement et des conséquences en découlant.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Révision du tarif

En cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la sinistralité, les Assureurs proposeront aux Adhérents un nouveau tarif, qui s'appliquera au 1^{er} janvier suivant la modification. En cas de refus de ce nouveau tarif, chaque Adhérent a la faculté de résilier l'adhésion, dix jours après notification par courrier et accord écrit de l'organisme de crédit.

ETENDUE DES GARANTIES

Etendue territoriale

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Exclusions

Exclusions générales

Sont exclues de toutes les garanties les conséquences :

- d'une guerre étrangère (sauf application d'une législation spéciale) ou d'une guerre civile,
- de la participation active de l'Adhérent à des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme ou de sabotage, à des rixes (sauf cas de légitime défense),
- d'Accidents ou de Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion. Toutefois, les conséquences d'Accidents ou de Maladies constatées avant l'adhésion, et déclarées à cette occasion ne sont pas exclues, sauf mentions particulières sur le Certificat d'adhésion établi par les Assureurs.

Exclusion de la garantie décès/PTIA

Le suicide de l'Adhérent n'est pas couvert durant la première année de l'adhésion.

Les conséquences de la tentative de suicide de l'Adhérent sont toujours exclues de la garantie.

Exclusions des garanties ITTT et ITD

Sont toujours exclus :

- l'incapacité liée à la grossesse, l'accouchement, la maternité et l'interruption volontaire de grossesse,
- les séjours et les traitements dans les villes d'eaux, les stations balnéaires et climatiques,
- les cures de repos, de sommeil, de désintoxication, les cures à but de rajeunissement et d'amincissement, les cures diététiques pour correction d'insuffisance ou d'excès pondéral,
- les Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, records ou tentatives de records.

Sont toujours exclues les conséquences :

- d'un Accident ou d'une Maladie intentionnellement provoqué par l'Adhérent,
- de la tentative de suicide de l'Adhérent,
- de l'usage de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
- d'un état d'ivresse caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile,
- de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes,
- de Maladies psychiques ou nerveuses qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 30 jours consécutifs ; en tout état de cause la durée de paiement des prestations incapacité au titre de ces maladies est limitée à 365 jours,
- de fibromyalgies et syndrome de fatigue chronique.

Sports exclus ou soumis à acceptation

Sports exclus

Est toujours exclue des garanties ITTT et ITD, la pratique d'un sport exercé à titre professionnel.

Sports soumis à acceptation

Pour être couvert, l'Adhérent doit impérativement déclarer ses pratiques sportives aux Assureurs lors de l'adhésion. En cas d'acceptation, certaines pratiques peuvent faire l'objet d'un supplément de cotisation.

Il s'agit notamment des essais et entraînements sportifs avec utilisation d'engins à moteurs, d'appareil ou dispositif permettant de se déplacer dans les airs, des sports en compétition, des raids sportifs, de la varappe, de la spéléologie, du hockey sur glace, des sports de combats, des arts martiaux, de la plongée sous-marine avec bouteille, du saut à l'élastique et du roller skate.

Professions soumises à acceptation

Pour être couvert, l'Adhérent doit impérativement déclarer sa profession aux Assureurs lors de l'adhésion. En cas d'acceptation, certaines professions peuvent alors faire l'objet d'un supplément de cotisation.

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque entraîne l'application, selon le cas, des sanctions prévues au Code des assurances, c'est-à-dire la nullité du contrat (article L113-8), la résiliation ou la réduction des prestations (article L113-9).

Toute production intentionnelle par l'Adhérent de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestation.

CONTROLE MEDICAL – EXPERTISE AMIABLE

Si l'Adhérent est en désaccord avec les conclusions du médecin conseil des Assureurs, ou si le médecin conseil estime que les éléments en sa possession sont insuffisants, les Assureurs peuvent demander des pièces complémentaires ou déléguer, à leurs frais, un médecin expert chargé de faire constater son état de santé.

Le refus injustifié de se soumettre à cette expertise médicale reporte de plein droit la mise en jeu des garanties jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Adhérent qui dispose alors d'un délai de 60 jours pour exprimer son désaccord éventuel. Dans ce cas, le médecin de l'Adhérent et le médecin-expert désigné par les Assureurs désignent ensemble un troisième médecin qui départage les avis, ses honoraires étant supportés par moitié par l'Adhérent et par les Assureurs.

Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à compter de la date d'existence d'un engagement de l'Adhérent vis-à-vis de l'organisme prêteur matérialisé par la signature de l'acte de prêt et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par PREVOIR SANTE GESTION, sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve de l'acceptation du risque par les Assureurs.

En cas de décès de l'Adhérent postérieurement à la signature de l'acte de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'adhésion à la convention produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

La date d'effet de l'assurance est constatée par un Certificat d'adhésion précisant notamment la nature et l'étendue des garanties.

Durée de l'adhésion – Cessation des garanties

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au premier janvier de chaque année.

Les garanties cessent :

- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- en cas de remboursement du Capital restant dû par suite de décès, PTIA ou ITD de l'Adhérent,
- dès que l'Adhérent a entièrement remboursé le prêt qui a fait l'objet de son adhésion, ou en cas d'exigibilité ou de déchéance du terme du prêt,
- en cas de résiliation de l'adhésion (cf. paragraphe « Résiliation de l'adhésion »),
- au 31/12 qui suit les 85 ans pour le décès, les 65 ans pour les autres garanties,
- en cas de cessation d'activité professionnelle de l'Adhérent (retraite, préretraite, chômage, arrêt volontaire) pour les garanties ITTT et ITD.
- En cas de modification des échéances de remboursement non prévue dans le tableau d'amortissement initial, pour les garanties ITTT et ITD, dans les cas suivants :
 - **variation entre deux échéances de plus de 30%**
 - **délai inférieur à 12 mois entre deux modifications**
 - **diminution ou rallongement de plus de 5 ans de la durée du prêt**

Changement de la situation de l'Adhérent

L'Adhérent doit informer PREVOIR SANTE GESTION par écrit, dans les 30 jours qui suivent, de :

- tout changement de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets),
- toute modification d'activité professionnelle ou sportive,
- la cessation d'activité professionnelle.

En cas de changement de pratique tabagique, se reporter au paragraphe « Tarifs différenciés fumeurs/non-fumeurs ».

L'Adhérent qui a été accepté avec une majoration de cotisation en raison de son état de santé a la possibilité, en cas d'amélioration de cet état en cours d'adhésion, de demander la révision de sa cotisation sur production d'un dossier médical justificatif.

Modifications des garanties

Toute modification dans le tableau d'amortissement initial doit être signalée à PREVOIR SANTE GESTION.

En cas de modification des échéances de remboursement non prévue dans le tableau d'amortissement initial, les garanties ITTT et ITD sont résiliées dans les cas suivants :

- variation entre deux échéances de plus de 30%
- délai inférieur à 12 mois entre deux modifications
- diminution ou rallongement de plus de 5 ans de la durée du prêt

La prise en compte des modifications de garanties est prouvée par l'émission d'un avenant au Certificat d'adhésion. Cette modification de garantie est facturée 8 euros.

Résiliation de l'adhésion

La résiliation met fin aux garanties à la date d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'Adhérent

Sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, l'Adhérent peut mettre fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois,
- en cas de modification de la cotisation ou de révision tarifaire.

Résiliation par les Assureurs

Les Assureurs peuvent résilier l'adhésion dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en cas de déclaration incomplète ou inexacte à l'adhésion ou en cours d'adhésion dans les conditions prévues dans l'article L113-9 du Code des assurances. La résiliation prend effet 10 jours après la notification par les Assureurs,
- en cas de changement de situation au cours de l'adhésion entraînant une aggravation du risque.

Les Assureurs informent l'organisme prêteur de la résiliation.

DISPOSITIONS DIVERSES

Droit de renonciation

A titre purement contractuel, le délai légal de renonciation prévu à l'article L112-9 du Code des assurances est porté de quatorze à trente jours.

L'adhérent a donc la possibilité de renoncer, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date d'émission indiquée sur le certificat d'adhésion (conclusion du contrat).

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à PREVOIR SANTE GESTION 69439 LYON CEDEX 03.

Modèle de lettre de renonciation (joindre la demande d'adhésion)

« Je soussignédemeurantdéclare renoncer à mon adhésion à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR demandée leet demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues.

Fait à.....leSignature

Toutes les garanties prennent fin au jour de la réception de la lettre recommandée.

Informatique et liberté

Le Groupe Prévoir met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel pour la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients. Les données collectées sont indispensables pour la gestion du traitement. A défaut, votre demande ne peut être prise en compte. Ces informations sont destinées au Groupe Prévoir, à ses prestataires, mandataires, réassureurs ou organismes professionnels concernés.

Le Groupe Prévoir pourra également utiliser ces données, à l'exclusion de celles relatives à votre santé et sauf opposition de votre part pour des actions commerciales et d'information.

En application de la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relatifs à l'ensemble des données vous concernant, qui s'exercent par courrier postal à PREVOIR SANTE GESTION - 69439 LYON CEDEX 03, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité.

Réclamation et médiation

En cas de litige, l'Adhérent peut s'adresser à PREVOIR SANTE GESTION – 04.78.66.37.72, au siège social des Assureurs (Service Relations Clientèle – 0.969.321.901 Appel non surtaxé) ou en dernier recours au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, avec lequel, en cas de nécessité, les Assureurs le mettraient en relation.

Prescription

Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, la prescription étant portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire est différent de l'Adhérent.

Toutefois, ce délai ne court :

en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les assureurs en ont eu connaissance ;

en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent contre les Assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que par les cas ci-après :

- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception par l'Adhérent aux Assureurs en ce qui concerne le règlement des prestations,
- citation en justice (même en référé).

CONVENTION AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »)

Objet de la Convention

- Les candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant pas être garantis aux conditions standard de la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR (niveau 1 de la convention AERAS) peuvent bénéficier, sous réserve de l'acceptation des assureurs, d'une tarification spécifique.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement dans le cadre du niveau 2 de la convention AERAS ; à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance personnalisée peut être établie.

- En cas de refus de toute garantie par les assureurs, le dossier est réexaminé par un 3^{ème} niveau, national, dans le respect des règles de confidentialité prévues par la convention AERAS.

Ce dernier examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels (soit, ceux pour l'acquisition de locaux et de matériels) répondant aux conditions suivantes :

- . l'encours cumulé de prêt(s) ne dépasse pas 300 000 euros ;
- . l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Garantie additionnelle d'invalidité AERAS

- En application de la convention AERAS et dans le cas où les garanties optionnelles ont été refusées pour raisons médicales, une garantie d'invalidité peut alors être proposée par les assureurs sous réserve d'acceptation médicale lors de l'adhésion à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR.

- Définition de la garantie :

L'adhérent est considéré en état d'invalidité AERAS si à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu pendant la période de garantie, il est atteint après consolidation d'une invalidité fonctionnelle (physique ou mentale) dont le taux est égal ou supérieur à 80 % et qui le met définitivement dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Ce taux est établi hors de toute considération professionnelle d'après le barème du Concours Médical en vigueur au moment du sinistre.

En outre, si l'adhérent est salarié, il doit bénéficier d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L341-4 du Code de la Sécurité Sociale.

- L'étendue, le montant, les conditions de mise en œuvre et la cessation de la garantie invalidité AERAS sont identiques à celles applicables à la garantie Invalidité Totale et Définitive prévue à la convention ASSURANCE DE PRET PREVOIR.

Pour plus d'informations sur la convention AERAS, vous pouvez consulter le site internet : www.aeras-infos.fr :

- Principaux thèmes abordés : confidentialité des informations concernant la santé, dispositif de prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, délais de traitement des demandes, durée de validité de l'accord de l'assureur en cas de demande d'assurance anticipée, commission de médiation chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises.

STATUTS DE L'ASSOCIATION AGORA

Art. 1 - CONSTITUTION ET DÉNOMINATION

Il est créé une association régie par la loi du 1^{er} janvier 1901 et le décret du 16 août 1981 dénommée AGORA, Association pour la Gestion, l'Organisation et la Recherche de régimes d'Assurances.

Art. 2 - BUT DE L'ASSOCIATION

Cette association a pour but :

- d'étudier pour le compte de ses membres toutes les questions concernant les régimes sociaux de retraite et de prévoyance,
- de les assister en ce domaine notamment pour la recherche, la négociation, la souscription et la gestion de régimes supplémentaires collectifs.

Art. 3 - SIÈGE SOCIAL

Le siège social de l'association est fixé à PARIS 9^{ème} - 95, rue Taitbout.

Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du conseil d'administration.

Art. 4 - DURÉE

La durée de l'association est illimitée.

Art. 5 - COMPOSITION

L'association est composée :

- de membres actifs, personnes physiques ou morales, ayant demandé à devenir membre de l'association et ayant adhéré à l'un des contrats d'assurance souscrits par l'association,
- de membres honoraires, personnes physiques ou morales agréées par le conseil.

Art. 6 - DÉMISSION - RADIATION

La qualité de membre de l'association se perd :

- pour les membres actifs, par la perte de toute qualité d'adhérent à l'un des contrats d'assurance souscrits par l'association,
- par la démission ou le décès,
- par la radiation prononcée par le conseil d'administration pour non règlement de la cotisation ou pour motifs graves.

Art. 7 - RESPONSABILITÉ

Aucun membre de l'association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle, seules les ressources de l'association en répondant.

ADMINISTRATION

Art. 8 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'association est administrée par un conseil composé de 3 à 9 membres élus pour 6 ans par l'assemblée générale des adhérents.

Le conseil élit parmi ses membres un président ; celui-ci est élu pour la durée de son mandat et est rééligible.

L'association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son président.

Le conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Le conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Les administrateurs sortants sont désignés par tirage au sort pour les deux premiers renouvellements et d'après l'ancienneté de nomination par la suite.

Ils sont immédiatement rééligibles.

Le conseil présente à l'élection de l'assemblée générale les candidats aux fonctions d'administrateurs qui lui

agrément.

En cas de décès ou de démission d'un administrateur en cours de mandat il est pourvu à son remplacement par les soins du conseil dont la décision est soumise à la ratification de la plus proche assemblée générale.

Les pouvoirs du membre ainsi désigné cessent à l'époque où devrait expirer le mandat de l'administrateur remplacé.

Art. 9 - BUREAU DE L'ASSOCIATION

Chaque année après l'assemblée générale, le conseil élit le bureau de l'association.

Le bureau comprend, outre le président du conseil d'administration :

- un secrétaire,
- un trésorier.

Ces deux fonctions peuvent être exercées par un membre ayant ou non la qualité d'administrateur.

Elles peuvent également avoir un unique titulaire. Le bureau assure la gestion courante de l'association.

Art. 10 - RÉUNION DU CONSEIL

Le conseil se réunit sur convocation du président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié de ses membres et au moins une fois par an.

Le conseil peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Il peut désigner un ou plusieurs conseillers techniques en vue de lui fournir toutes informations concernant l'objet de l'association.

Les décisions sont prises à la majorité des administrateurs présents.

En cas de partage la voix du président est prépondérante.

Art. 11 - GRATUITÉ DU MANDAT

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

Toutefois les frais engagés par les administrateurs pour l'exercice de leur mandat peuvent être remboursés sur justifications et après accord du bureau.

Par ailleurs, le conseil peut décider d'allouer aux administrateurs, dans les limites fixées par l'assemblée générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil ; chaque année, le président du conseil informe l'assemblée générale du montant de ces indemnités et avantages alloués.

Le président informe également l'assemblée générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du conseil et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'association.

Art. 12 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour les opérations se rattachant à l'objet de l'association et à son fonctionnement.

Il surveille la gestion des membres du bureau et a le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

Il peut faire toute délégation de pouvoirs (à des personnes choisies ou non parmi ses membres) pour une question déterminée et un temps limité.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Art. 13 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

1. Composition

L'assemblée générale est constituée par les membres de l'association présents ou représentés.

Chaque membre peut se faire représenter par tout autre membre de l'association ou par son conjoint muni d'un pouvoir écrit ou adresser au président de l'association un pouvoir régulier cinq jours avant la date prévue pour l'assemblée.

Le nombre de pouvoirs dont un membre peut disposer ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

2. Ordre du Jour

L'ordre du jour est arrêté par le conseil d'administration.

Le bureau de l'assemblée est celui de l'association.

L'assemblée générale :

- entend le rapport du conseil sur la situation morale et financière de l'association,
- approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant et pourvoit, s'il y a lieu, à l'élection des membres du conseil d'administration,
- délibère sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les candidats à l'élection au conseil d'administration devront avoir soumis leur candidature au conseil dans un délai identique à celui prévu ci après pour les projets de résolution proposés par les adhérents.

3. Quorum et majorité

L'assemblée générale, pour délibérer valablement, doit compter un minimum de 1000 adhérents ou un trentième des adhérents, présents ou représentés.

A défaut d'avoir réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre d'adhérents présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des voix dont disposent les membres présents ou représentés.

Les membres, personnes physiques ou morales, ont droit à une voix.

4. Réunions de l'assemblée générale

L'assemblée générale est convoquée au minimum une fois par an, sur décision du conseil d'administration, par le président dudit conseil.

Les membres de l'association sont convoqués par simple lettre dans les délais prévus par la réglementation en vigueur.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution présentés par le conseil d'administration ainsi que les projets de résolution proposés par le 10^{ème} des adhérents au moins ou par cent adhérents si le 10^{ème} est supérieur à cent qui sont portés à la connaissance du conseil par lettre recommandée avec avis de réception dans les délais prévus par la réglementation en vigueur.

5. Pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association.

Elle peut toutefois déléguer au conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée ne pouvant excéder 18 mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Ce pouvoir s'exerce par le conseil dans la limite de la délégation qui lui est donnée par l'assemblée générale. En cas de signature d'un ou plusieurs avenants, le conseil d'administration en fait rapport à la plus proche assemblée.

Art. 14 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Les modifications des statuts, la fusion avec une autre association de même objet, la dissolution, ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée par le président du conseil :

- sur décision du conseil d'administration,
- à la demande d'au moins 10 % des membres de l'association.

L'assemblée générale extraordinaire statue dans les conditions de quorum prévues ci avant pour l'assemblée générale ordinaire.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix dont disposent les membres présents ou représentés.

En cas de dissolution, l'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs commissaires aux comptes chargés de la liquidation des biens de l'association.

Elle attribue l'actif net à toutes associations déclarées ayant un objet similaire ou à des associations reconnues d'utilité publique.

En aucun cas les membres de l'association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des biens.

Art. 15 - PROCÈS-VERBAUX

Les délibérations des assemblées font l'objet d'un procès verbal rédigé sur un registre spécial signé par les membres du bureau.

Un adhérent peut demander à consulter le procès-verbal des assemblées générales qui se sont tenues au cours des 3 derniers exercices ; ce droit de consultation peut être exercé au siège de l'association ; l'adhérent peut solliciter une copie de ces procès-verbaux.

Les délibérations du conseil d'administration sont transcrites sur un registre spécial et signées par le président et un membre du conseil.

RESSOURCES - DÉPENSES

Art. 16 - LES RESSOURCES DE L'ASSOCIATION SE COMPOSENT :

- de la cotisation de ses membres dont le montant est fixé par le conseil d'administration,
- des revenus des biens qu'elle pourrait posséder,
- de toutes autres ressources autorisées par les lois en vigueur.

Art. 17 - LES DÉPENSES DE L'ASSOCIATION SONT CONSTITUÉES PAR :

- ses frais de fonctionnement,
- les frais et pertes sur réalisation de valeurs,
- les sommes engagées en application de son objet, en particulier dans le domaine de l'action sociale.

En cas d'excédent des recettes sur les dépenses, son affectation est décidée par l'assemblée générale sur proposition du conseil.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR - FORMALITÉS

Art. 18 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le conseil d'administration pourra, s'il le juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur qui déterminera les détails d'exécution des présents statuts.

Le conseil peut modifier le règlement intérieur à tout moment.

Ce règlement sera soumis à l'approbation de l'assemblée générale ainsi que ses modifications éventuelles.

Art. 19 - FORMALITÉS

Le président, au nom du conseil d'administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclarations et de publications prescrites par la législation en vigueur.

Tous pouvoirs sont donnés au porteur des présentes à l'effet d'effectuer ces formalités.